

ководителя проекта в академической/прикладной медицинской науке;

- современная приборная база и оперативное обеспечение необходимыми реагентами для организации патогистологических исследований на кафедре патологической анатомии;

- наличие клинической базы – хорошо оборудованного патологоанатомического отделения с высококвалифицированным персоналом;

- доступ к информации, например, к базе данных PubMed возможность получения полных версий научных статей;

- для повышения эффективности следует включить научно-исследовательскую работу в нагрузку преподавателя вуза, подобно учебной и методической работе;

- понимание основ доказательной медицины, хорошее знание медицинской статистики и английского языка, так как «... значительная часть научной литературы по патологической анатомии печатается в настоящее время на английском языке... поэтому знание английского языка обязательно...» (А.И. Струков, 1986);

- научные коммуникации с российскими и зарубежными исследователями.

Одним из важнейших факторов эффективного личного участия в научных медицинских исследованиях, по-видимому, является внутреннее согласие с тезисом «путь в медицине и науке – это не почести и благосостояние, а труд, призвание, талант, образ жизни, это вся жизнь» (Волкова Л.В., 2010).

НАТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Гарбуз И.Ф., Гарбуз А.И.

*Приднестровский государственный университет
им. Т.Г.Шевченко, Тирасполь,
e-mail: travorto.tir@mail.ru*

Натальная травма шейного отдела позвоночника это разрушение анатомических структур и тканей шейного сегмента возникающие в процессе родов под воздействием изгоняющих сил роженицы и дополнительных медицинских пособий.

Частота родовых травм шейного сегмента по данным различных авторов [1; 3; 6] составляет от 3 до 7 на 1000 новорожденных, по данным [4; 5; 7] до 6–8%.

В процессе родового акта, на плод действуют комплекс сил, которые условно можно разделить на: изгоняющие силы матки и родовых путей; силы сопротивления самого плода и сила образующие предрасполагающими факторами роженицы и самого плода.

Изгоняющие силы матки делятся на силы направленные по родовым путям; силы, препятствующие продвижению плода по родовым пу-

тям, действие которых в основном направлено на головку ребенка и соответственно на шейный сегмент; силы амортизирующие сопротивления со стороны родовых путей – плод во время родового акта совершает вращательное движение вдоль своей продольной оси.

Силы сопротивления самого плода, которые преобразуются в последствии в повреждения позвоночного столба новорожденного при родах: компрессионный – при чрезмерной разнице изгоняющих сил матки и сил, препятствующих продвижению плода по родовым путям; дистракционный – при насильственном извлечении плода за голову или тазовый конец; ротационный – при избыточном действии «шнурующих» сил или неправильном ведении родового акта; комбинированная травма позвоночника, где механизмы приложения сил разнообразны и действуют в различных направлениях.

Кроме сказанного, необходимо отметить и силы предрасполагающих факторов, способствующих к развитию родовой травмы шейного сегмента, которыми являются: несоответствие размера головки новорожденного и размеры таза матери; быстрые и стремительные роды; затяжные роды; аномальное положение плода и плаценты; асинклическое вставление головки; разгибательное вставление головки; акушерский поворот; наложение щипцов и вакуум-экстракция плода; непоказанное и неправильное медицинское пособие при родах; ускорение и стимуляция родовой деятельности; тазовое предлежание плода; недоношенность.

Анализируя причины возникновения травм шейного сегмента позвоночника и с спинного мозга у новорожденных [2; 12; 9] выявили, что отказ от каких-либо акушерских манипуляций приводит к снижению родового травматизма в разы.

В процессе родов травма шейного отдела позвоночника встречается в 2–3 раза чаще, чем внутричерепная. Согласно исследованиям ряда авторов [8; 10; 11] родовая травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга составляет 85,5% среди всех родовых травм. У 45–51% новорожденных был выявлен подвывих С1.

Травма шейного сегмента позвоночника всегда сопровождается нарушением целостности структур позвонков, дисков и сумочно-связочного аппарата.

Неврологические проявления родовой травмы шейного отдела позвоночника имеют как центральные так и периферические симптомы, из которых главным образом Киес синдром, который в разных возрастах проявляется специфической кинической картиной.

В первые три месяца жизни клиническая картина травмы шейного сегмента позвоночника следующая: неправильное положение головы,

кривошея, вплоть до вынужденного положения черепа; ребенок длительное время не держать голову самостоятельно; нарушение согласованности в движениях рук и ног; нарушения сна, частые вскрикивания во сне; безволосый участок (KISS-место) на затылке (симметричный или несимметричный); повышенная чувствительность задней части шеи; одностороннее положение ребёнка во сне; нарушение симметричности в строении черепа, лица, плоский затылок; несимметричность ягодичных складок; глазные щели разные по размеру; положение новорожденного во сне как изогнутая назад буква «С»; малыш сильно выгибается назад, лёжа на руках или в кроватке; проблемы при кормлении грудью поскольку ребёнок не может лежать расслабленным.

В более старшем возрасте (2–5 месяцев) клиническая картина меняется: частые колики и вздутие живота; ребенок поворачивается только на одну сторону; повышенная саливация; кричит в машине при езде или в коляске; проблемы с глотанием.

У не леченых детей старших возрастов специфическая клиническая картина: трудности с концентрацией внимания, проблемы с успеваемостью в школе; головная боль неясного генеза; жалобы на тяжесть в голове; синдром дефицита внимания; трудности с социальной адаптацией в детском коллективе; нарушение общей и мелкой моторики; задержки в речевом и психическом развитии.

Установив диагноз, новорожденным занимается ортопед, невролог и неонатолог.

Список литературы

1. Плеханов Л.А. Диагностика, терапия и прогнозирование исходов перинатальной патологии центральной нервной системы при цервикальных вертебромиелогенных расстройствах у детей. – Челябинск: Лурье, 2006. – 252 с.
2. Ратнер А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы. – Казань, 1990.
3. Рамих Э.Л. Повреждения верхнего шейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, особенности лечения // Хирургия позвоночника. – 2004. – № 3. – С. 8–19.
4. Аминов Ф.Х. Перинатальные повреждения шейного отдела позвоночника в патогенезе головных болей у детей и их лечение в резидуальном периоде // Тезисы докладов III съезда невропатологов и психиатров Пермской области. – Пермь, 1978. – С. 7–11.
5. Плеханов Л.А. Перинатальная патология центральной нервной системы и шейного отдела позвоночника (клинико-морфологические аспекты) // Актуальные проблемы медицинской науки, технологий и профессионального образования: сб. науч. тр. – Челябинск, 2005. – С. 42–44.
6. Ратнер А.Ю., Молотилова Т.Г. Натальные повреждения спинного мозга // Вопр. охраны материнства и детства. – 1972. – № 8. – С. 29–33.
7. Ратнер А.Ю., Файзуллин М.Х., Михайлов М.К. Родовые повреждения позвоночника и спинного мозга // Казанский медицинский журнал. – 1975. – № 5. – С. 14–5.
8. Ратнер А.Ю. Родовые повреждения спинного мозга у детей. – Казань: Изд-во Казан, ун-та, 1978.
9. Ратнер А.Ю. Родовые повреждения нервной системы. – Казань: Изд-во Казан, ун-та, 1985.
10. Саидова М.В. Нарушение дыхания у детей с натальными повреждениями шейного отдела спинного мозга: дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1982.

СТРУКТУРНЫЕ ОСНОВЫ РЕГУЛЯЦИИ СЕГМЕНТАРНОГО ЛИМФОТОКА

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Корни лимфатического русла (ЛР) начинаются слепо: они связаны с кровеносным руслом не напрямую, посредством эндотелия, а только через посредство тканевых каналов в межсудистой рыхлой соединительной ткани. Таким образом формируется единая циркуляционная система всего организма. Поэтому:

1) лимфоток отличается значительными колебаниями и большей, чем кровоток, зависимостью от экстравазальных факторов;

2) ЛР постоянно содержит множество полиморфных клапанов, ограничивающих обратный лимфоток и разделяющих ЛР на межклапанные сегменты (МКС) с разным, усложняющимся центростремительно строением.

Я различаю сегменты ЛР двух разных уровней в иерархии организма, его сердечно-сосудистой системы, в частности – генеральные (общие для ЛР и кровеносного русла) и специальные (собственные для ЛР или локальные – МКС). На каждом уровне генеральной сегментации ЛР, связанной с ветвлением артерий, ЛР подразделяется на собственные сегменты с разным строением стенок адекватно колебаниям функциональной активности органов, метаболической (~ лимфообразование → поршень) и механической (наружная манжетка тканевого насоса). Специальные сегменты ЛР «вставлены» в генеральные сегменты ЛР (т.е. в сегменты сердечно-сосудистой системы). Интеграция собственных сегментов ЛР в состав генеральных сегментов сосудистого русла и всего организма происходит посредством соединительной ткани – адвентиции каждого звена ЛР (при наличии у него наружной оболочки) и периадвентиции. Они организуют механическую взаимосвязь всех лимфатических сосудов и узлов с кровеносными сосудами и органами (наружная манжетка ЛР и тканевого насоса), а также гуморальную взаимосвязь лимфатических микрососудов с кровеносными микрососудами и тканями через тканевые каналы (поршень тканевого насоса, «нагнетающего» тканевую жидкость в корни ЛР – лимфообразование). Топографо-анатомические корреляции ЛР с его окружением есть по существу структурно оформленное проявление экстравазальных факторов лимфотока. Стенки МКС ЛР, прежде всего – эндотелиальный контур и гладкие миоциты, лежат в основе ауторегуляции лимфотока. Эндотелий регулирует лимфообразование, состояние своих клеток и миоцитов (продукция химических факторов). Миоциты при растяжении ЛР (торможении лимфотока) способны сокращаться и поддерживать лимфоток.

Итак, структурные основы регуляции сегментарного лимфотока состоят в следующем: